

## Hernias diafragmáticas traumáticas

POR EL DOCTOR LUIS DE LA PUENTE.

Catedrático en la Facultad de Medicina. Cirujano de la Maison de Santé.

La ectopia intra pleural de órganos abdominales, a través de una comunicación anormal establecida entre las cavidades abdominal y torácica, por herida o ruptura accidental del diafragma, constituye las hernias diafragmáticas traumáticas. Denominación consagrada por el uso, que no corresponde de manera exacta a los caracteres anátomo-patológicos de tan interesante afección: las vísceras abdominales prolapsadas en el tórax, ocupan la cavidad pleural sin estar revestidas de saco seroso alguno; el peritoneo y la pleura parietal, desgarradas al mismo tiempo que el diafragma, no existen al nivel de la brecha o anillo herniario formado en ese tabique muscular. En realidad se trata de evisceraciones intratorácicas, de falsas hernias, expresando mejor la disposición anatómica de la lesión el nombre de evisceración transdiafragmática pleural (1).

Generalmente considerada como afección excepcionalmente rara, la hernia diafragmática no lo es tanto que autorice a los cirujanos a despreocuparse de ella. Hasta el año 1912, GIFFIN, de ROCHESTER, había coleccionado 650 observaciones, la mayor parte congénitas y descubiertas en las necropsias. Solo 15 casos, entre el total de esas observaciones, fueron diagnosticados en vida, no obstante que, en algunos, los síntomas fueron bastante claros, pasando desapercibidos por la falta de familiarización con ellos (2).

Entre nosotros existe publicado un solo caso de hernia diafragmática, observado por el Dr. HIPOLITO UNANUE, en el año 1786. Ese caso, que dió lugar a una admirable exposición clínica del genial proto médico del Perú, fué una sorpresa de autopsia y,

según la relación hecha, parece haberse tratado de una hernia diafragmática congénita (3).

Habiendo tenido la buena fortuna de observar y operar tres enfermos de hernias diafragmáticas traumáticas, en uno de los cuales el diagnóstico fué hecho antes de la intervención, he considerado de alguna utilidad su publicación, pues, sin pensar que esa clase de hernias internas sean excesivamente raras, no dejan de constituir siempre una curiosidad quirúrgica por sus particularidades clínicas y anatomopatológicas.

Las hernias diafragmáticas traumáticas se producen ocasionalmente, por efecto de la separación o ruptura accidental de las fibras musculares del diafragma: los instrumentos cortantes, las armas de fuego, las contusiones, compresiones, o excesos bruscos de presión intra-abdominal, suman los múltiples agentes traumáticos susceptibles de determinar una solución de continuidad, un orificio o anillo herniario en la pared superior del abdomen, por sección o estallido de la bóveda diafragmática. Las hernias de esta variedad son casi siempre únicas y se sitúan con mas frecuencia en el lado izquierdo del tórax. En los tres casos que presentamos, todos eran de este lado. Explícase la predilección de su desarrollo en el hemitorax izquierdo, por la posición del hígado a la derecha y la mas grande frecuencia de las heridas en el lado izquierdo del pecho, que corresponde a la mano derecha con que esgrime el arma el heridor.

El anillo u orificio herniario rara vez se encuentra en el centro frénico, por lo general está en las partes mas periféricas del diafragma, en el punto de inserción de los fascículos musculares sobre la pared torácica. El ofrece dimensiones variables: unas veces estrecho y redondeado, se presenta en otras amplio, alargado, irregular; pero cualesquiera que sean sus dimensiones, son siempre reducidas en proporción a la de los órganos abdominales que a través de el pueden prolapsarse, lo que permite comprender bien la terminación fatal de los enfermos por estrangulamiento de las vísceras herniadas.

Las hernias diafragmáticas traumáticas no presentan jamás saco. Los órganos herniados: estómago, intestinos, epíplon, excepcionalmente el bazo y el páncreas, están libres en la cavidad pleural; anatómicamente son falsas hernias. Nosotros lo hemos constatado en nuestros casos: las vísceras abdominales estaban directamente alojadas en la cavidad torácica, la serosa peritoneal y la

pleura venían a insertarse y adherirse sobre el borde del orificio que ellas contribuían a formar.

La caja torácica no presenta sino en raros casos alguna deformación visible exteriormente. El pulmón del lado de la hernia está a menudo muy retraído, reducida su permeabilidad respiratoria. El pulmón derecho se presenta normal casi siempre, aunque algo comprimido por el corazón, rechazado a la derecha cuando la hernia es izquierda.

La frecuencia de las hernias diafragmáticas traumáticas comparadas con las congénitas, que, como se sabe, forman las dos variedades que existen en esa clase de hernias es de 181 traumáticas por 252 congénitas, en un total de 433 casos de hernias diafragmáticas que suman la gran colección estudiada por GROSSER y THOMA.

La hernia diafragmática es una de las mas serias lesiones que pueden presentarse en el organismo humano. Congénita o adquirida, después de un período variable de relativa tolerancia, 27 años en el caso relatado por SALVA MERCADE (4), aproximadamente seis años en nuestra observación N.º 1 y cuatro años en la observación N.º 3, se producen perturbaciones funcionales mas o menos penosas, relacionadas a la vez con las visceras abdominales y torácicas, que si pueden llegar hasta el estrangulamiento herniario, concurren, en general, a formar un conjunto de síntomas, que es posible sean bastante claros y característicos en ciertos casos para permitir reconocer la afección, pero que, casi siempre, se presentan incompletos, difíciles de interpretar exactamente, determinando que, en su gran número, las hernias diafragmáticas pasen ignoradas antes de verificarse el estrangulamiento o la necropsia. Esta oscuridad semiológica explica que el diagnóstico haya sido hecho en vida solo en 15 casos entre las 650 observaciones colecionadas por GIFFIN y solo en 5 casos entre las 250 de hernias diafragmáticas traumáticas reunidas por LEICHTENSTERN (5), y dado origen a que ROCHARD afirmara que «en la practica, el diagnóstico de las hernias diafragmáticas no se hace.»

Tal falta de caracteres clínicos constantes y bien determinados para reconocer su existencia, cuando no han estallado los accidentes o complicaciones, se comprende mejor al considerar que la sintomatología herniaria corresponde naturalmente al desarrollo de la lesión, a la clase y cantidad de vísceras prolapsadas, a las dificultades que estas opongan al buen funcionamiento de los órganos contenidos en el tórax y cuyo lugar han invadido.

Aun cuando en la generalidad sean indiscutibles las grandes dificultades de un diagnóstico preciso para las hernias diafragmáticas, pensamos que, en algunas, particularmente en las traumáticas o adquiridas de que estamos tratando, es posible llegar a establecerlo correctamente, fundándonos en tres órdenes de síntomas: funcionales, físicos y reontgenológicos. Todos ellos corresponden a lesión simultáneamente abdominal y torácica: dolores en la región epigástrica, extendidos al reborde costal y hemitorax izquierdo; vómitos, trastornos dispépticos; crisis de disnea, cianosis y pseudo oclusión, acentuadas sobre todo después de la ingestión de alimentos o con ocasión de algún esfuerzo; neumotorax, supresión del murmullo vesicular y aparición de ruidos gaseosos gastro-intestinales en la mitad correspondiente del pecho; desplazamientos del corazón a la derecha y del pulmón hacia arriba. Síntomas de poca importancia, banales en sí mismos, pero que evolucionando en sujeto que sufrió en época mas o menos lejana grave traumatismo de la zona diafragmática o presente huellas de antigua herida en la parte inferior e izquierda del tórax, elemento diagnóstico de suma significación en dos de nuestros casos, despertarán la sospecha de una hernia diafragmática; y como en clínica solo se reconocen las enfermedades en las cuales se piensa, el diagnóstico de la afección, si existe, será probablemente hecho.

Las exploraciones radioscópicas y radiográficas, por los admirables progresos realizados en ellas, suministran nuevo y valioso elemento diagnóstico, que permite afirmar casi con certidumbre la existencia de una hernia diafragmática; afirmación imposible de hacer antes de la aplicación a la clínica del precioso descubrimiento de ROENTGEN. Es suficiente estar prevenido de la existencia de esas hernias y practicar la investigación a la pantalla radioscópica, para que las condiciones de su diagnóstico se transformen y, mediante intervención quirúrgica oportuna y bien conducida, mejore el pronóstico de tan peligrosa afección. En el tercer caso que observamos, la verificación a los rayos X, del diagnóstico clínico, nos condujo a una operación feliz.

Solo la eventración diafragmática, la relajación difusa de la mitad del diafragma simulando una hernia, puede inducir a error. (6). Error que se han esforzado los radiólogos por evitar suministrando signos diferenciales más o menos precisos: movilidad respiratoria paradójal, persistencia de una sombra diafragmática lineal por encima de las vísceras abdominales desplazadas, aparición de tejido pulmonar a través de la zona gástrica clara. Todos estos signos si bien ofrecen muchas probabilidades para distinguir la hernia de la elevación o eventración diafragmática, no parecen ser su-

ficientes para garantizar por completo la certeza de hacer inconfundibles dos afecciones que reclaman tratamiento evidentemente opuesto, pues mientras la primera exige la terapéutica sangrante, la eventración no es en manera alguna tributaria de la cirugía.

Excluída esta posibilidad de error, los elementos que los rayos X aportan al diagnóstico de la clase de hernias internas que nos ocupa, son de una precisión absoluta. Un cliché pasable, un examen radioscópico, disipando todas las dudas, autoriza a exponer sin restricciones la indicación operatoria.

---

Establecido de manera segura el diagnóstico de hernia diafragmática, solo un tratamiento es posible: la operación precoz, la cura radical, destinada a poner el enfermo a salvo de los mortales accidentes capaces de complicar su lesión, mediante una intervención que reduzcan las vísceras prolapsadas y cierre el orificio herniario. Teóricamente la conducta terapéutica parece ser en extremo simple; en la práctica, ella puede encontrar dificultades invencibles. Son muchos los cirujanos que no han podido terminar satisfactoriamente una operación de este género.

La gran dificultad que surge desde el primer momento, es la relativa a la buena elección de la vía operatoria; cuestión importante, de ella dependerá el conducir honorablemente o no una intervención quirúrgica que hasta hoy cuenta muy pocos éxitos. Las vías abdominal y torácica, defendidas con igual ardor, ofrecen ventajas é inconvenientes cuya serena y exacta apreciación solo podrá obtenerse por la comparación de gran número de observaciones publicadas y que correspondan a la totalidad de casos presentados.

Nuestra insignificante experiencia de tres casos personales, no nos autoriza a pronunciarnos por una ni otra de las vías discutidas, por lo que nos limitaremos a recordar los principales razonamientos formulados al tratar la compleja cuestión de la vía de acceso para las hernias diafragmáticas; anotando al mismo tiempo lo que personalmente hemos constatado en nuestros casos.

Los que conceptúan superior la vía torácica apoyan su opinión en la dificultad, la imposibilidad quizás, de abordar el diafragma y como consecuencia el anillo herniario por la laparatomía, aún cuando se practique la incisión sub-costal de PEAN, la incisión de DEAN BEVAN o la resección definitiva del reborde condro-esternal. Dicen que, anatómicamente y en una operación en que se debe ver muy claro, mas facilidades han de encontrarse abordando por el tórax los órganos herniados; ya sea para reponerlos en el vientre, sin tener que luchar con el enorme obstáculo de la aspiración torácica, ya

sea en las complicadas maniobras de hallar, incidir o cerrar el orificio herniario.

Tan juiciosa argumentación está indudablemente confirmada por los hechos: STOIANOFF no pudo, en un caso operado por el vientre, alcanzar el anillo herniario ni reducir el estómago, después de tres horas de labor; ABEL, NAUMAN, SVIETNIKOFF hallaron el orificio herniario, pero les fué imposible llevar a cabo la reducción de las vísceras; LECENE se vió obligado a dejar una parte del estómago en la cavidad pleural y, no pudiendo suturar el orificio herniario, lo obliteró sirviéndose del mismo estómago que fijó al contorno del orificio diafragmático; ALBANESE tampoco consiguió cerrar el anillo herniario, viéndose precisado a suturar el estómago a la pared abdominal; HEIDENHAIN solo pudo reunir la mitad del anillo. Nosotros en el caso N.º 1, abordado por el vientre, no logramos vencer el vacío intrapleural, que aspiraba fuertemente los órganos en el tórax, siéndonos necesario recurrir a la vía alta para reducirlos; en nuestro segundo enfermo, si bien repusimos penosamente las vísceras, el anillo herniario solo fué laborioso e imperfectamente obliterado; en nuestra última intervención, llevada a feliz término por vía transpleural, no habríamos jamás llegado a ejecutar la reducción del estómago, intestino grueso y epiplon por la vía abdominal, adoptada por error de diagnóstico en las anteriores: las adherencias íntimas y extensas de los órganos herniados, sobre todo del epiplon, al pericardio, anillo herniario y pleuraparietal, lo habrían impedido absolutamente.

Todos estos casos, sumados a los de GOUREVITCH y de DUVAL, que después de haber laparotomizado a sus enfermos tuvieron que intervenir por vía torácica para conseguir la reposición normal de las vísceras prolapsadas son suficientes para demostrar los inconvenientes serios que puede presentar la vía abdominal en la cura radical de las hernias diafragmáticas.

Los que preconizan la vía abdominal para el tratamiento quirúrgico de las hernias diafragmáticas se fundan en que ella permite apreciar rápidamente la naturaleza y extensión de las lesiones; en que esta vía evita abrir la cavidad pleural y por tanto las peligrosos e instantáneos accidentes ocasionados por el neumotorax; que al reducir ciegamente las vísceras por el tórax pueden producirse torciones y acodamientos evitables por la laparotomía; en la menor gravedad de esta última comparada con la toracectomía. Razones de menor fuerza evidentemente que las expuestas por los que discuten en favor de la vía torácica, pues la que consideramos de más valor, la relativa al neumotorax violento e inmediato, por los casos de muerte rápida observados, puede impedirse por los aparatos de

hiper o hipo-presión, siendo estos quizás innecesarios en la cirugía de las hernias intra-torácicas, por estar ya el pulmón habituado a los cambios de presión producidos por vísceras herniadas.

Como se vé, el problema de la mejor vía a seguir en la cura radical de las hernias diafragmáticas es complejo, de no sencilla solución. Se discute y se discutirá siempre sobre las excelencias y peligros de una u otra vía, y si bien son más numerosos en la actualidad los éxitos que cuenta la vía torácica y los cirujanos que la sostienen (7), nada se puede todavía decidir dogmáticamente respecto a tan delicada cuestión (8).

Prefiérase la vía abdominal, la vía torácica o ambas vías combinadas, según sean las indicaciones de cada caso particular, lo esencial en el tratamiento de las evisceraciones transdiafragmáticas es incidir ampliamente, darse luz, mucha luz, para poner bien a la vista la lesión y satisfacer las dos condiciones capitales que inspiran la terapéutica quirúrgica de todas las hernias: reintegrar en la cavidad abdominal las vísceras ectopiadas y obliterar el orificio herniario.

La técnica operatoria podríamos resumirla brevemente en la forma siguiente: buena incisión abdominal o, si se elije la vía alta, toracectomía definitiva, tallando un colgajo en herradura a convexidad inferior en la parte lateral del tórax. Encontrado y desbridado el anillo herniario procédase a la liberación de las adherencias que siempre existen y a la reducción de las vísceras herniadas, maniobras que deberán ser prudentemente conducidas a fin de no desgarrar ni traumatizar los órganos, ni determinar acodamiento o torción alguna en ellos. Sutura del anillo herniario, tiempo el mas importante, difícil en la mayoría de los casos, por el que se obtendrá la cura radical, y que debe realizarse poniendo puntos separados de catgut, pasándose con una buena aguja curva primero los mas anteriores y sirviéndose de estos para aproximar los bordes avivados del anillo y, exteriorizándolo, aplicar los mas posteriores.

---

Tales son las ligeras consideraciones que nos han sugerido los casos de hernias diafragmáticas traumáticas que hemos observado: al publicarlos, formulamos la esperanza de que han de contribuir en algo al mejor conocimiento, entre nosotros, de tan interesante afección y a generalizar la intervención operatoria precóz cuando ella sea juiciosamente indicada.

He aquí las observaciones:

*Observación* N.º 1.—Kamimoto, japonés, de 42 años de edad, jornalero, ingresa el 5 de Febrero de 1914 al *Hospital Dos de Mayo*, sala *San José*, servicio del Dr. FRANCISCO SALAZAR Y ALARCO.

No es posible obtener con precisión los antecedentes patológicos del paciente en el momento de su entrada al hospital: las graves condiciones de su estado general y su desconocimiento completo de nuestro idioma hacen ineficáz el interrogatorio formal.

Con dificultad nos informamos de que dos días antes, en el curso de veloz carrera emprendida en persecución de un ratero, es obligado violentamente a detenerse por agudísimo dolor epigástrico irradiado al hemitórax izquierdo. El dolor persiste, también las náuseas y vómitos aparecidos poco después de iniciada la crisis, no obstante los cuidados solícitos que se le prodigan en su domicilio. La intensidad alarmante de estos trastornos, acentuados por la absoluta falta de eliminación de materias fecales y gases lo obligan, dos días después, a hospitalizarse.

En el momento que lo examinamos sus condiciones son las siguientes. Viva sensibilidad a la presión, generalizada a todo el vientre, sin predominio en región alguna. Abdomen distendido en totalidad, el balonamiento es considerable. La contractura abdominal extendida a todos los músculos de la pared ántero-lateral. Vómitos frecuentes, casi continuos, negros y de olor acre. Respiración disneica, pulso pequeño y rápido.

Se hace el diagnóstico de oclusión intestinal y se decide una intervención inmediata.

Esta se practica a las siete de la noche del mismo día de su ingreso. Anestesia general al éter, aparato de OMBREDANNE. Asistente, el interno de guardia, señor Changanquí. Laparatomía mediana. La exploración del vientre, muy laboriosa por el gran meteorismo intestinal, es negativa. El recuerdo del sabio consejo de LEJARS «en el curso de las laparatomías por obstrucción, donde a pesar de las investigaciones metódicas, no se encuentra nada, no se debe cerrar el abdomen antes de haber explorado, lo mas completamente posible, la cara inferior del diafragma,» me hace descubrir, al llevarlo a la práctica, la causa inesperada de todos los fenómenos: el estómago y el ángulo esplénico del colon, eviscerados en el tórax, se habían estrangulado al nivel de un estrecho anillo herniario que presentaba el diafragma. Con alguna dificultad llego a desbridarlo, lo que me permite reducir la totalidad de los órganos herniados. No consigo a pesar de múltiples maniobras, cerrar de manera satisfacto-



ría la brecha diafragmática: la situación de esta, difícilmente abordable por la laparatomía, y sus bordes demasiado rígidos lo impiden. Sutura de la pared ventral en un solo plano al hilo de plata. Consecuencias post-operatorias normales.

Un més después, el enfermo abandona el hospital en la mas perfecta salud.

Antes de su salida sabemos, por la intervención de un intérprete, que en 1908, seis años antes del estrangulamiento actual, durante encarnizada riña desarrollada en Manila (Islas Filipinas), recibió una puñalada en el costado izquierdo, que la herida ocasionada cicatrizó sin accidente alguno. Ni el mas ligero desorden funcional turbó desde entonces su buena salud habitual. Las huellas de la herida pudimos constatarlas en el lado indicado del tórax, sobre la línea axilar posterior, a la altura de las 6a. y 7a. costillas. Ninguna duda podría pues existir respecto al origen traumático de su hernia.

*Observación N.º 2.*—J. G. mestizo, de 20 años, obrero, entra el 18 de abril de 1915 al *Hospital Dos de Mayo*, sala *San Francisco*, servicio del profesor EDUARDO LAVORERIA, quien inmediatamente hace el diagnóstico de oclusión intestinal, y con el deseo de alentar mis inclinaciones quirúrgicas me confía su enfermo, indicándome intervenir sin pérdida de tiempo.

Las condiciones en extremo precarias del paciente no permiten un interrogatorio detenido. Solo nos refiere que, sorpresivamente, por efecto de un violento esfuerzo, se le habían presentado dos días antes vivos dolores en la región epigástrica, bien pronto seguidos de vómitos múltiples. Estos nos cedieron a los diversos auxilios que le prodigaron y, en vista de la gravedad mas acentuada á cada instante de su mal, solicitó ser conducido el hospital.

En el momento del exámen el estado del enfermo es deplorable. La respiración anhelante; el pulso pequeño y rápido; la facies alterada; las extremidades frías. El vientre balonado, particularmente en la parte superior; la palpación dolorosa; la resistencia muscular de la pared muy marcada; los dolores del abdomen generalizados, las náuseas y los vómitos incesantes. No hay la mas mínima evacuación de materias ni de gases.

En presencia de estos síntomas se imponía el diagnóstico de oclusión intestinal, probablemente por vólvulus.

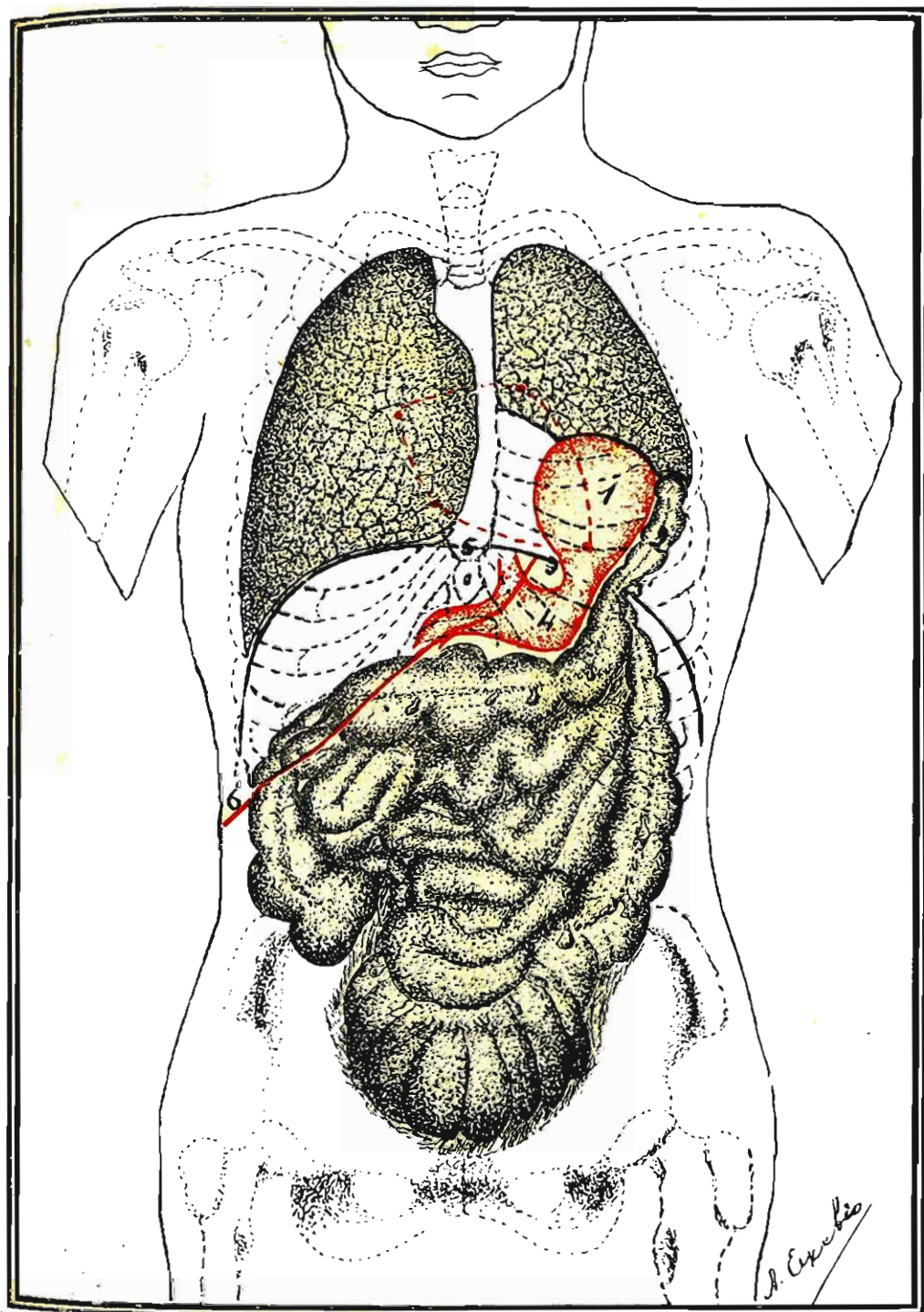
*Operación de urgencia.*—Anestesia general al éter, aparato de Ombredanne. Laparotomía mediana para-umbilical. La exploración rápida del vientre revela la causa del extrangulamiento al nivel del hipocondrio izquierdo, lo que obliga a incindir la pared transversalmente de este lado. Se descubre lá evisceración intratorácica del

estómago, asas intestinales delgadas, epiplón y ángulo esplénico del colon. Todos estos órganos se encuentran herniados en el tórax al través de un orificio diafragmático que permite el paso de la mano en la cavidad pleural. Reiteradas tentativas hacen comprender la imposibilidad de practicar la reposición abdominal de las vísceras prolapsadas. Toracotomía lateral con resección de dos costillas. El hemi-torax izquierdo es casi en su totalidad ocupado por los órganos ya mencionados inmensamente distendidos; el mesocolon transverso congestionado y desgarrado en muchos puntos; ligero derrame sero-hemático en la cavidad. No hay naturalmente rastros de saco ni peritoneal ni pleural, los órganos herniados están en contacto con la pared torácica recubierta de su pleura parietal. Desbridado el anillo herniario la reducción de las vísceras es fácil, también lo es la sutura de la brecha diafragmática. El colgajo torácico es repuesto, la pared abdominal cerrada en un solo plano al hilo de plata. Drenaje. El enfermo sucumbe el día siguiente por choc operatorio y toxemia.

*Observación N.º 3.*— M. S. peruano, mestizo, de 46 años de edad, herrero, ingresa el 5 de Febrero del año en curso al Hospital «*Dos de Mayo*», Sala de *Sto. Domingo*, enviado por nosotros para ser operado de una hernia diafragmática del estómago. Diagnóstico hecho en nuestro consultorio particular y confirmado por la exploración radioscópica en el gabinete del Dr. WENCESLAO MAYORGA.

El enfermo, de constitución fuerte y vigorosa, disfrutó siempre de perfecta salud hasta el año 1910, época en que recibió una puñalada en el lado izquierdo del pecho, al nivel de la línea axilar anterior, a la altura de las 8a. y 9a. costillas. Después de abundante supuración, que se prolongó por espacio de tres meses, la herida cicatrizó y nuestro enfermo recobró las condiciones de completa normalidad en su salud, consagrándose nuevamente y con el mismo entusiasmo que antes del accidente, a sus rudas labores de mecánico.

En 1914, cuatro años después de sufrida su herida torácica, habiendo tenido que realizar una pesada labor de herrería, en la que desarrolló gran esfuerzo muscular, siente por primera vez, en la forma mas violenta, intensa y extraña sensación de dolor, de desgarramiento, de desprendimiento interno, al nivel del departamento superior del abdomen. Pocos días después reaparecen sus condiciones habituales de buena salud, hasta que por efecto, según él, de copiosas libaciones alcohólicas, se renuevan las sensaciones de dolor, de desprendimiento visceral, de molestia indefinible, experimentadas anteriormente.



ESQUEMA DEMOSTRANDO LA SITUACIÓN DE LAS VISCERAS DE LA TERCERA OBSERVACION, ANTES DE LA OPERACION

1. Porción intrapleurar del estómago.—2. Angulo esplénico del colon.—3. Anillo diafragmático.—4. Porción intra-abdominal del estómago.—5. Diafragma.—6. Línea correspondiente al reborde hepático.

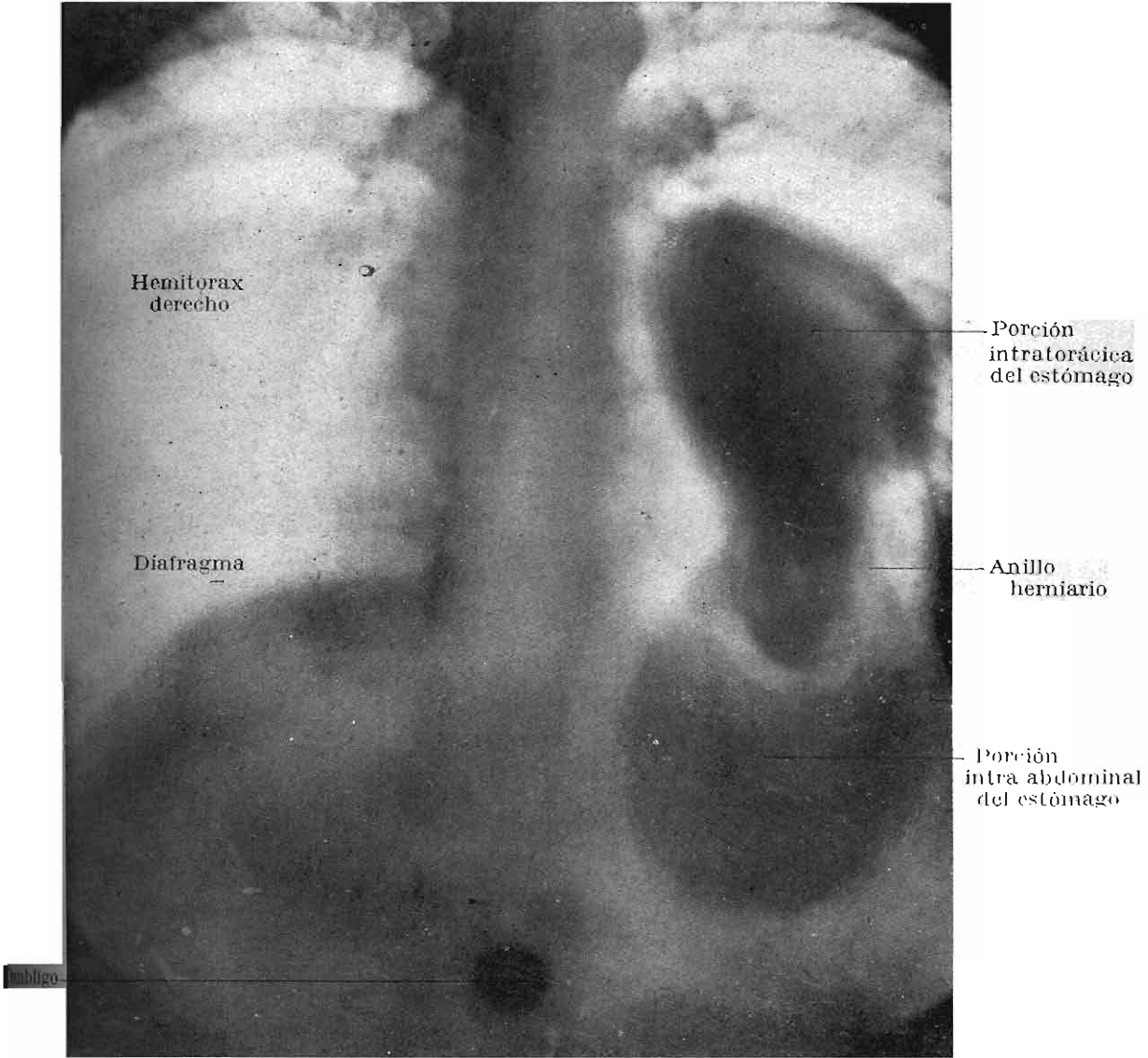
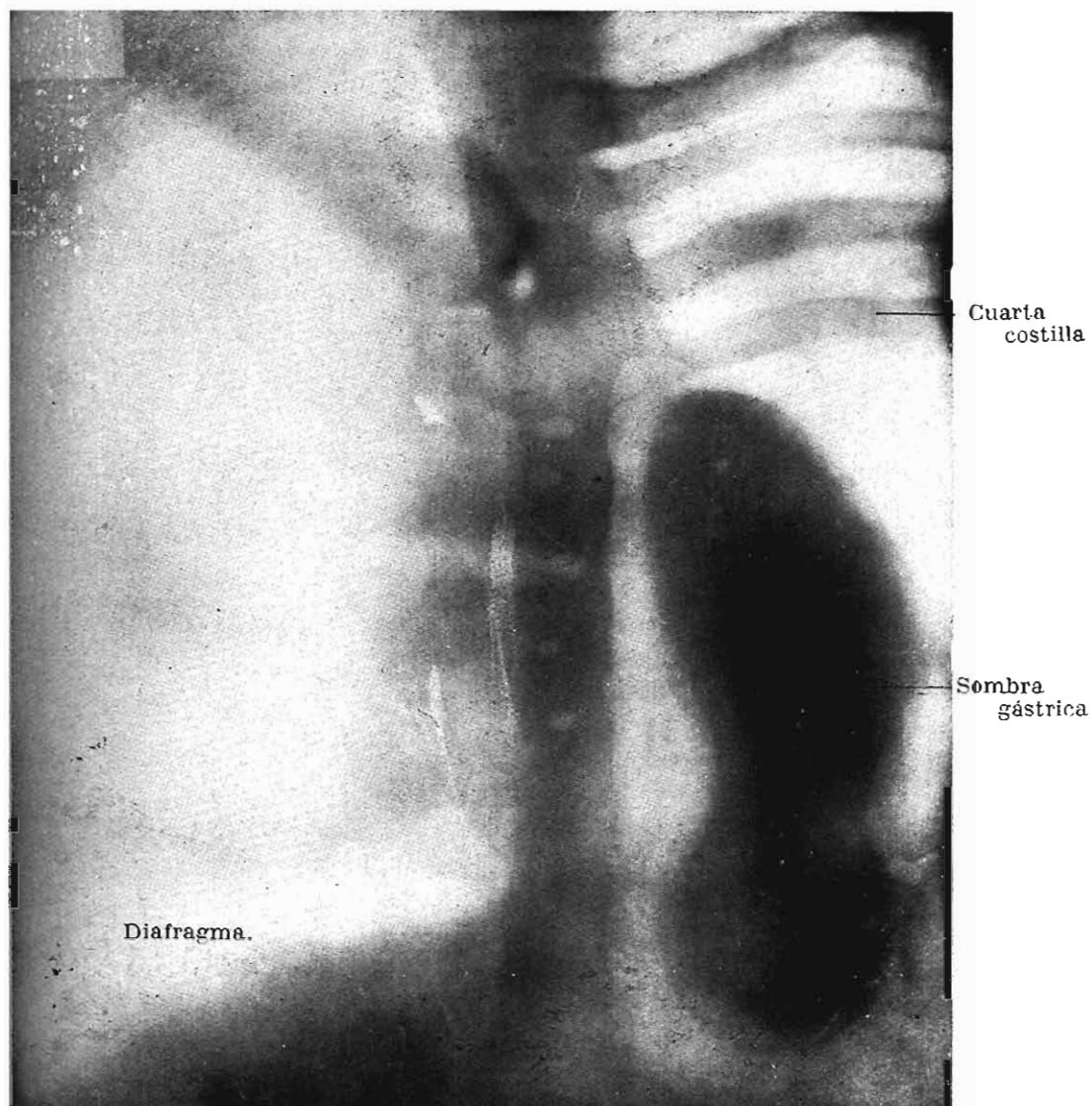


Fig. 1.

RADIOGRAFIA DE LA OBSERVACION N.º 3

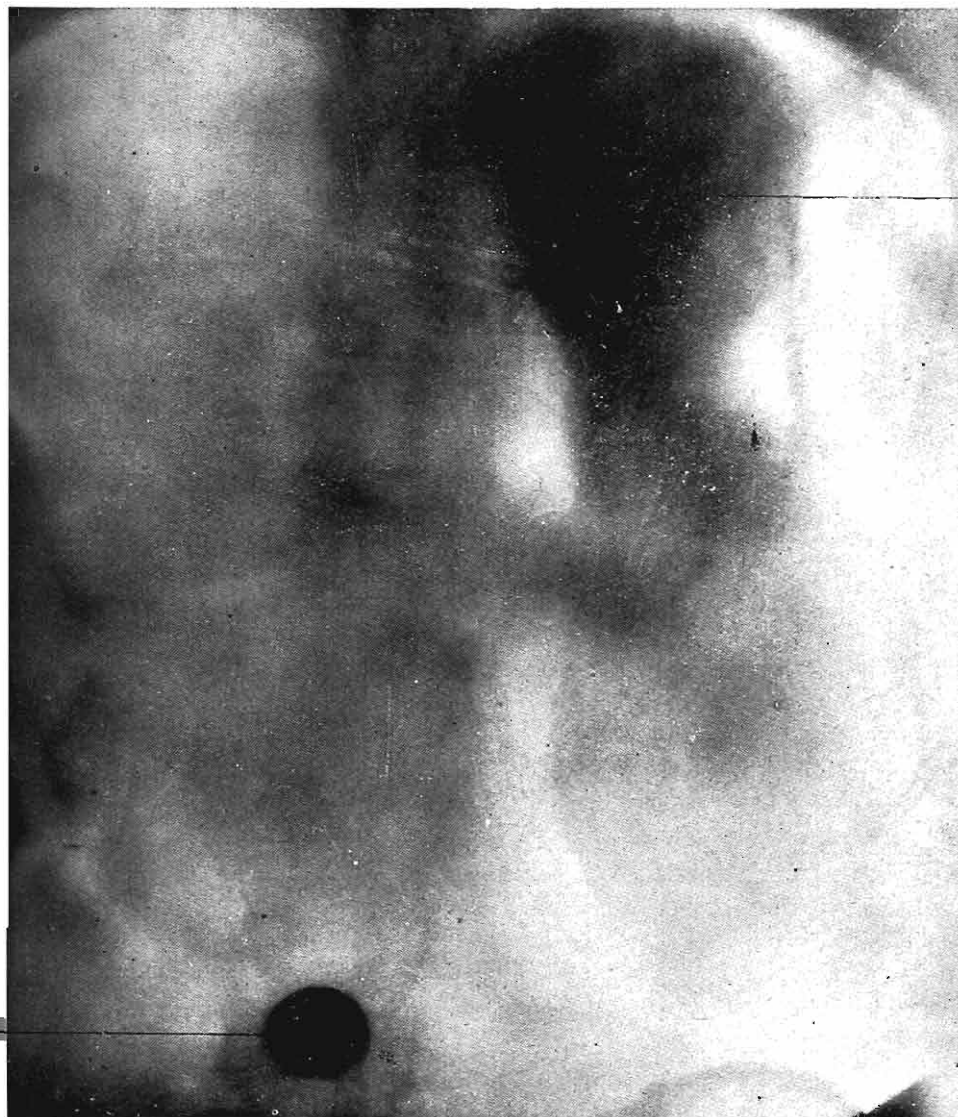
Se observa que en el lado izquierdo la línea diafragmática está rota a nivel de anillo frénico y que separa netamente las sombras de las dos porciones torácica y abdominal del estómago



**Fig. 2.**

RADIOGRAFIA DE LA OBSERVACION N.º 3.

La sombra de estómago que penetra en la cavidad torácica alcanza la cuarta costilla



Sombra  
gástrica

**Fig. 3.**

RADIOGRAFIA DE LA OBSERVACION N.º 3.

La sombra gástrica falta por completo en la situación que normalmente ocupa

Esta vez los trastornos se instalan de manera definitiva, pues los dolores se presentan diariamente por la ingestión de alimentos; y se complican con la aparición de vómitos alimenticios y biliosos, que provoca con frecuencia el enfermo por haber observado que así calmaban sus sufrimientos. Los dolores se despiertan o agudizan no solo por la ingestión de alimentos sino también durante las horas de trabajo, por lo que, muy a menudo, debe interrumpirlo para recostarse en su lecho en la posición decúbito lateral izquierda, única capaz de amortiguarlos.

Durante los cuatro últimos años consultó muchos médicos, se sometió a los mas variados y opuestos tratamientos, hasta que inhabilitado por los dolores y el agotamiento físico (su peso habíase reducido de 160 a 120 libras) para continuar su vida ordinaria, se presenta en nuestra consulta creyéndose víctima de un cáncer o de un mal incurable del estómago.

Fundándonos en el grave traumatismo de la zona diafragmática, sufrido en época lejana y cuyas huellas ostensibles se conservaban sobre la piel del tórax; en la iniciación de los desórdenes funcionales con ocasión de violento esfuerzo muscular; en la localización especial de los dolores al epigastrio, hipocondrio izquierdo y sus irradiaciones al lado izquierdo del pecho; en la aparición de esos dolores después de las comidas y su alivio mediante los vómitos que devuelven la vacuidad a su estómago; en la completa tranquilidad de que goza cuando no toma alimentos ni practica trabajo muscular alguno, referimos todo a su accidente inicial, a la herida torácica de ocho años antes, y pensamos en la posibilidad de una hernia diafragmática, que confirma al siguiente día la pantalla radioscópica.

Hospitalizado el enfermo, solicito la intervención del prestigioso profesor de clínica, Dr. MAX. GONZALEZ OLAECHEA, y del distinguido colega, Dr. J. VOTO BERNALES, para perfeccionar el diagnóstico y precisar las indicaciones terapéuticas. Mis excelentes compañeros observaron que la exploración torácica era negativa. No existían los signos torácicos característicos de las hernias diafragmáticas: desplazamientos del corazón a la derecha y del pulmón hacia arriba, sonoridad de timbre metálico y abolición de la respiración en la parte inferior del tórax, ruidos de gorgoteo en la misma región; en fin, que el exámen mas atento del pecho no revelaba nada de particular y que los únicos signos clínicos capaces de establecer el diagnóstico estaban limitados a las perturbaciones funcionales anteriormente señaladas.

Los exámenes de laboratorio dieron el siguiente resultado:

Análisis de orina: *normal*.

Reacción de WASSERMANN: : *positiva*.

Las radiografías adjuntas (Nos. 1, 2, y 3.), practicadas por el Dr. J. L. BECERRA, demuestran la ectopia intra torácica del estómago. Ellas revelan la presencia de las dos terceras partes del estómago en el hemi-torax izquierdo y la gruesa tuberosidad gástrica alcanzando la altura de la cuarta costilla; la línea de separación inter-abdomíno-torácica irregular y rota en el lado correspondiente al anillo herniario y a este nivel un estrechamiento notable de la sombra gástrica.

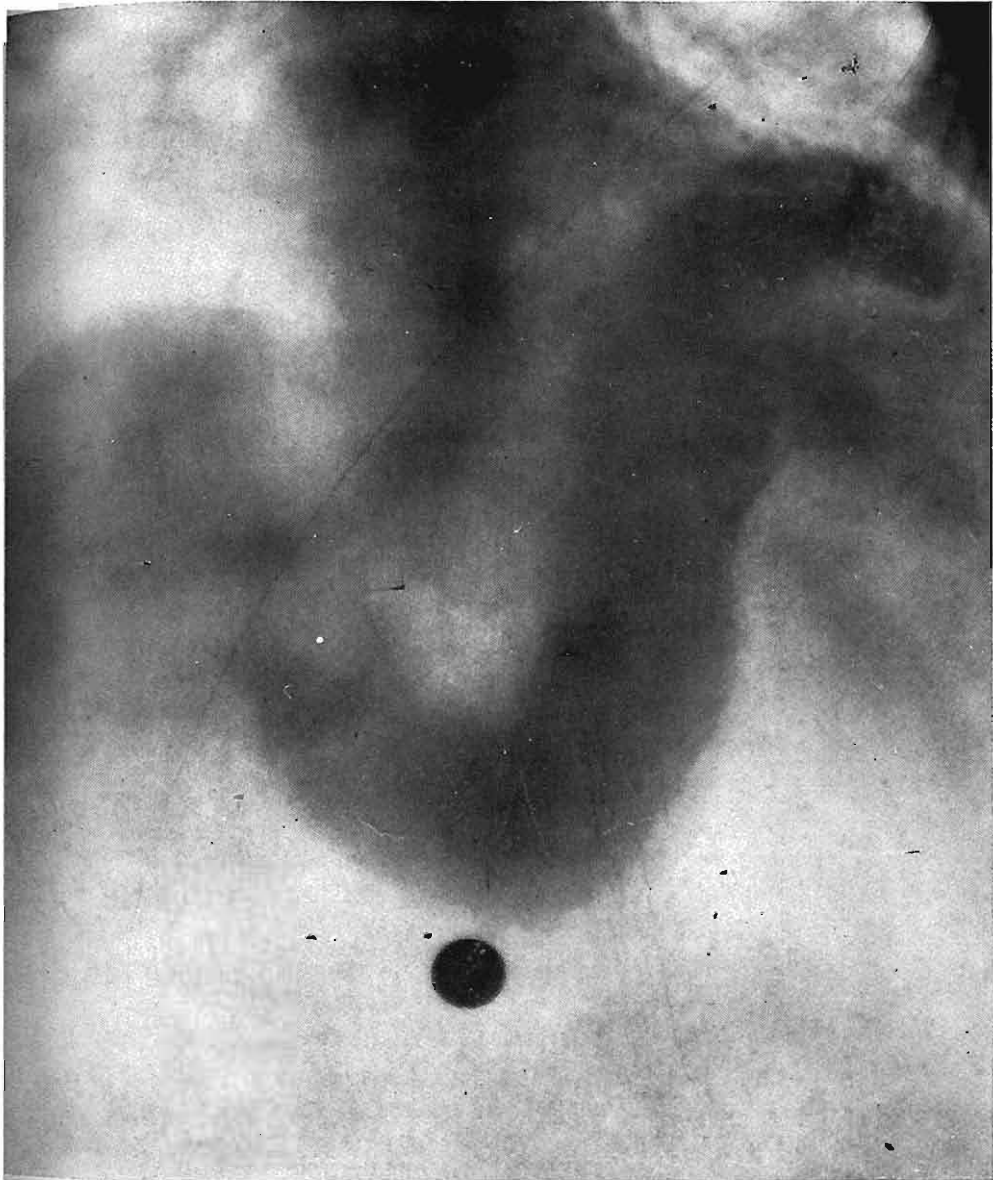
*Operación.*— El 18 de Marzo; previa anestesia general al éter; utilizando el aparato de OMBREDANNE. Posición decúbito lateral derecha. Asistentes señores TORRES y GUZMAN, interno y externo del servicio.

Toracectomía definitiva: un gran colgajo en U, a convexidad inferior, es tallado sobre la línea axilar media, extendido en altura desde la 7a. costilla a la 10a y teniendo unos diez centímetros en el sentido transversal. Descubierta el plano costal por levantamiento del colgajo músculo-cutáneo, procédease a la resección sub-perióstica de las costillas 8a. 9a. y 10a. y a la incisión del plano músculo-periosteopleural, que da acceso a la cavidad torácica. El estómago, epiploon y colon tranverso la ocupan en su gran parte. Todos estos órganos son exteriorizados después de seccionadas y ligadas las fuertes y numerosas adherencias que los unían al pericardio, pleura parietal y anillo frénico. Este era constituido por amplia abertura, alargada en el sentido ántero-posterior, permitiendo facilmente el paso de la mano. Las maniobras de liberación, exteriorización y después reducción intra-abdominal de los órganos herniados son dificultados por la aspiración torácica, que en cada movimiento de inspiración atraía con extrema fuerza y rapidez esos órganos hacia el interior del pecho. Sutura a puntos separados de catgut de los bordes avivados del anillo diafragmático, tomando convenientemente esos bordes con pinzas de KOCHER y comprendiendo en las suturas el mayor espesor posible de ellos. Reposición del colgajo torácico y su sutura al crin de Florencia. Consecuencias operatorias, normales.

Todas las perturbaciones funcionales desaparecieron por completo, el enfermo ingería toda clase de alimentos, sus digestiones se regularizaron y se repuso rápidamente. Dos meses después nueva radiografía (N.º 4) comprueba la situación topográfica normal del estómago.

Posteriormente el enfermo contrae una grave disentería amebiana, diagnosticada bacteriológicamente por el reputado profesor de nuestra Facultad Dr. HERCELLES, de la que muere en este mismo hospital.





**Fig. 4.**

RADIOGRAFIA DE LA OBSERVACION N.º 3.

Dos meses después de la operación la sombra gástrica ocupa la posición normal  
La cúpula diafragmática izquierda está ligeramente elevada.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) P. LECENE — *Deux observations de hernies transdiaphragmatiques post traumatiques* — «Journal de Chirurgie» — Tome XIV — N<sup>o</sup>. 3.
- (2) H. Z. GIFFIN. — *The Diagnosis of Diaphragmatic Hernia.* — «Annals of Surgery». — 1912.
- (3) J. HIPOLITO UNANUE. — *Un cólico extraordinario.* — Obras científicas y literarias. — Barcelona 1912. Tomo II — pag. 74.
- (4) SALVA MERCADE. — «La Presse Medicale». — 1917. N<sup>o</sup>. 17.
- (5) DA COSTA. — *Modern Surgery.* — 1915.
- (6) BECKER. — *Röntgenuntersuchungen bei Hernia und Eventrio diaphragmatica* «Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen». — Band. XVII. — 1911. pp. 183-194.
- (7) BINNIE J. F. — *Manual of Operative Surgery.* — 1913. pag. 573.
- (8) JOHNSON A. B. — *Operative Therapeutics*, Vol. IV, p. 110, — 1916.

